Syringomyelie - Altersverteilung und Manifestationsform

Armin Thumlert

1961

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41555208_0012

AUS DER NERVENKLINIK DER UNIVERSITÄT MÜNCHEN
Direktor: Prof. Dr. K. Kolle

Syringomyelie - Altersverteilung und Manifestationsform

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde in der Zahnheilkunde
verfaßt und
einer Hohen Medizinischen Fakultät
der Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von
Armin Thumlert
aus München

München 1961

A. Schubert, München 5, Corneliusstr. 21 · Telefon 221777

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität München

Referent:	Prof.Dr. K. DECKER
Correferent:	Prof.Dr. K. KOLLE
Dekan:	Prof.Dr. W. SEITZ

Tag der mündlichen Prüfung: 21.11.1961

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

INHALT

		Seite
I.	Einleitung	5
II.	Manifestationsform und Verteilung nach Geschlechtern	5
III.	Altersverteilung	6
IV.	Erkrankungsalter	7
V.	Altersdisposition, Auftreten von Übergangsanomalien	8
VI.	Zusammenfassung	9
VII.	Literatur	10
	Lebenslauf	11

I. EINLEITUNG

Die Syringomyelie ist nach klinischen Gesichtspunkten eine sicher abgrenzbare Krankheitseinheit. Allerdings ist es schwierig, zwischen "klassischer Syringomyelie" und einer "Pseudosyringomyelie" zu unterscheiden, da Veränderungen und Anomalien des knöchernen Wirbelkanals die mannigfaltigsten Beeinträchtigungen des Patienten hervorrufen können und nicht selten das klinische Bild der Syringomyelie ergeben, wie die Forschungsergebnisse über die basale Dysplasie zeigen, (BULL, BROCHER, DECKER). Auf diese Unterscheidung zwischen "klassischer Syringomyelie" und einer "Pseudosyringomyelie" wird deshalb hier verzichtet und nur von einem "Syndrom der Syringomyelie" gesprochen. Andere Forscher, (BREMER, DÖRING, ERBSLÖH) messen einer dysraphischen Anlage bei der Entstehung der Syringomyelie eine grosse Bedeutung zu. Die tatsächliche Krankheitsursache ist nocht nicht bekannt.

Die folgende Arbeit gibt das Ergebnis meiner Untersuchungen an den Syringomyeliepatienten der Universitäts-Nervenklinik in München in der Zeit von 1951 bis 1960 wieder. Es wird der Versuch gemacht, das durchschnittliche Erkrankungsalter festzulegen und die Altersdisposition bei den verschiedenen Formen der Syringomyelie (bulbäre, cervicale, thoracale und lumbale Form) herauszuarbeiten.

Herrn Prof. Dr. K. DECKER danke ich sehr herzlich für die Überlassung dieser Arbeit.

II. MANIFESTATIONSFORM UND VERTEILUNG NACH GESCHLECHTERN.

In den Jahren 1951 bis 1960 wurde an der Röntgenabteilung der Universitäts-Nervenklinik München bei 124 Patienten die Diagnose "Syringomyelie" klinisch eindeutig gestellt. Auf die Männer entfallen davon 77 Fälle, auf die Frauen 47, was einem Verhältnis von 13 : 10 entspricht.

Einen Überblick über die Häufigkeit der Lokalisation des Syringomyelieherdes nach klinisch-neurologischen Gesichtspunkten gibt folgende Tabelle:

	Anzahl	bulbär	cervical	thoracal	lumbal
Männer	77	17	52	8	0
Frauen	47	5	28	8	5

Tabelle 1

Tabellarisch aufgegliedert ergeben sich aus den Zahlen der Tabelle 1 folgende Prozentanteile:

	bulbär %	cervical %	thoracal %	lumbal %
Männer	22,07 %	67,54 %	10,39 %	0 %
Frauen	10,64 %	59,57 %	19,15 %	10,64 %

Tabelle 2

Hieraus ergibt sich, dass sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen die cervicale Form vorherrscht.

III. ALTERSVERTEILUNG

Die folgenden Angaben beziehen sich alle auf das Alter, in dem der Kranke in der Universitäts-Nervenklinik München untersucht wurde. Davon zu unterscheiden ist das tatsächliche Erkrankungsalter, das im nächsten Abschnitt behandelt werden wird.

Die nächste Tabelle zeigt das durchschnittliche Alter, in dem die Patienten zuerst in die Klinik kamen:

	Gesamt-durchschnitt	bulbär	cervical	thoracal	lumbal
Männer	42,5	41,2	45,8	40,6	0
Frauen	42,7	42,8	45,9	42,7	39,4

Tabelle 3

Aus den Zahlen der Tabelle 3 geht ein durchschnittliches Alter von 43 Jahren hervor. Die cervicale Form liegt etwas über dem Gesamtdurchschnitt, während bulbäre, thoracale und lumbale Form etwas darunter liegen.

Dieses errechnete Durchschnittsalter von 43 Jahren lässt nicht ohne Weiteres erkennen, dass die Altersverteilung einen ziemlich grossen Zeitraum umfasst. Der jüngste Fall von Syringomyelie an der Universitäts-Nervenklinik München von 1951 bis 1960 lag bei 14, der älteste Fall bei 62 Jahren.

Beispiel 1:

Patient F.Ge., 14 Jahre, leidet an Schmerzen im linken Schulterblatt und in den seitlichen bis vorderen unteren Rippen, dazu Paraesthesien an der linken seitlichen Thoraxwand und der Innenseite des linken Oberarms. Ausser geringem Endstellnystagmus nach beiden Seiten an den Hirnnerven kein krankhafter Befund. Die grobe Kraft ist an den Armen links herabgesetzt gegenüber rechts. Armreflexe bis auf fehlenden rechten TSR seitengleich, keine Pyramidenzeichen, keine sicheren trophischen Störungen. Linker Trapezius paretisch gegenüber rechtem Dornfortsätze von Th_1 - Th_4 klopf- und druckschmerzhaft. Hypaesthesie und Hypalgesie in den Segmenten D_1 - D_4, weniger auch in C_8 links. In diesem Gebiet auch Paraesthesien. Mässige Kyphoskoliose der BWS. Beine o.B. insbesondere keine Reflexanomalien.

Beispiel 2:

Patient K.Rö., 62 Jahre, seit 2 Jahren Paraesthesien des linken Beines und der Hände. Dazu finden sich im Bereich der unteren Extremitäten beiderseits Pyramidenzeichen und Ausfälle der Oberflächen- und Tiefensensibilität mit Koordinationsstörungen und ataktischem Gang. Neurologisch fanden sich: eine spastische Tetraparese mit hochgradiger spastischer-ataktischer Gangstörung, Fibrillationen im Bereich der linken Schulter, der Oberarme und Oberschenkel sowie Atrophien der kleinen Fingermuskeln beiderseits. Ferner bestehen ausgedehnte Sensibilitätsstörungen: eine symetrische dissoziierte Empfindungslähmung im Bereich der Brust sowie der Ober- und Unterarme, etwa den ventralen Segmenten C_5 - Th_8 entsprechend, fast völlige Anaesthesie des Nackens etwa im Gebiet der dorsalen Segmente, C_6 - Th_4, sowie der Hände, komplette Anaesthesie im Bereich der Füsse, partielle Sensibilitätsausfälle im Bereich der Ober- und Unterschenkel beiderseits. Auch in Höhe des Beckens ist die Vibrationsempfindung aufgehoben.

IV. ERKRANKUNGSALTER

Die Feststellung des tatsächlichen Erkrankungsalters bei den Syringomyeliepatienten ist nicht immer einfach, da viele Patienten erst Jahre nach dem Auftreten von Krankheitssymptomen den Arzt aufsuchen und exakte Angaben oft fehlen. Bei jenen Patienten, die nicht beim ersten Auftreten der Krankheit zu uns in die Klinik kamen, wurden deren eigene Angaben zur Feststellung des tatsächlichen Erkrankungsalters verwendet.

Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über das tatsächliche Erkrankungsalter der verschiedenen Manifestationsformen der Syringomyelie in den Jahren 1951 bis 1960 an der Röntgenabteilung der Universitäts-Nervenklinik in München:

	bulbär	cervical	thoracal	lumbal	
Männer	34,6	36,7	36,2	0	Jahre
Frauen	35,2	35,3	37,1	35	Jahre

Tabelle 4

Tabelle 4 zeigt, dass der Gesamtdurchschnitt des tatsächlichen Erkrankungsalters bei den verschiedenen Manifestationsformen der Syringomyelie sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen bei 36 Jahren liegt.

V. ALTERSDISPOSITION, AUFTRETEN VON ÜBERGANGSANOMALIEN

Betrachtet man das tatsächliche Erkrankungsalter der verschiedenen Formen der Syringomyelie, um eine Altersdisposition zu erkennen, so ergibt sich sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen bei den einzelnen Formen der Syringomyelie ein Durchschnittsalter von 36 Jahren. Sonst erkennt man keine Auffälligkeit.

Bei der atlanto-occipitalen Übergangsmissbildung findet man nicht selten ganz ähnliche Erscheinungen wie bei der Syringomyelie, die sich häufig nur durch ihr einseitiges Auftreten, durch das Fehlen einer caudalen Begrenzung und durch stärkere Ausprägung der funikulären Symptome unterscheiden. Diese geringen Abweichungen vom Bilde der eigentlichen Syringomyelie berechtigen aber zu der Annahme, dass es sich bei diesen Erscheinungen um direkte Reaktionen des Rückenmarks handelt, die nicht vom Vorhandensein einer dysraphischen Störung abhängig sind.

Bei unseren Syringomyeliepatienten fanden sich bei den Frauen 10 (21 %), bei den Männern 12 (16 %), Fälle von atlanto-occipitalen Übergangsmissbildungen.

Nach Bull liegt eine schwere atlanto-occipitale Übergangsmissbildung dann vor, wenn die Chamberlain'sche Linie um mehr als 7 mm, die McGregor'sche Linie um mehr als 9 mm überschritten oder der Atlasgaumenwinkel grösser als 13 ^{o} ist. Diese Masse waren bei 6 unserer Patienten überschritten, während sie bei dem Rest an der oberen Grenze der Norm lagen.

Betrachtet man das Durchschnittsalter der schweren und leichten atlanto-occipitalen Übergangsmissbildungen, so ist es ganz auffallend, dass es sowohl bei den Frauen als auch bei den Männern um ca. 10 Jahre unter dem Durchschnittsalter der leichten atlanto-occipitalen Übergangsmissbildung, die mit einer Syringomyelie einhergeht, liegt.

	leichte Missbildung	schwere Missbildung
Männer	52,6 Jahre	43,1 Jahre
Frauen	49,6 Jahre	36,0 Jahre

Tabelle 5
Durchschnittsalter der schweren und leichten atlanto-occipitalen Übergangsmissbildungen.

Die einfachste Deutung dieses Befundes erhält man durch die Annahme, dass der leichte Grad der Übergangsmissbildung beim Vorliegen einer Dysraphie im höheren Alter doch noch zum Manifestwerden der Syringomyelie führt, während es ohne gleichzeitige dysraphische Anlage überhaupt nicht zu klinischen Erscheinungen kommt. Nach DECKER (1956) bleiben ungefähr 50 % der basilären Impressionen stumm. Demgegenüber führt die stärkere Ausprägung der Übergangsanomalien schon in frühem Alter zu neurologischen Ausfällen, die aber nur dann dem Bild der eigentlichen Syringomyelie gleichen, wenn gleichzeitig noch eine dysraphische Anlage besteht.

VI. ZUSAMMENFASSUNG

1.) Der Begriff des "Syndroms der Syringomyelie" wird begründet.

2.) Ein Überblick über die verschiedenen Manifestationsformen und Verteilung nach Geschlechtern bei der Syringomyelie an der Nervenklinik der Universität München in den Jahren 1951 bis 1960 wird gegeben.

3.) Im Gegensatz zum tatsächlichen Erkrankungsalter wird das Durchschnittsalter bei den verschiedenen Lokalisationen der Syringomyelie bei Frauen und Männern um einen Gesamtdurchschnitt von 43 Jahren beobachtet. Die cervicale Form liegt etwas darüber, während bulbäre, thoracale und lumbale Form etwas unter dem Gesamtdurchschnitt liegen. Der älteste und jüngste Fall wird als Beispiel angeführt.

4.) Das Erkrankungsalter der verschiedenen Manifestationsformen bei der Syringomyelie wird mit 36 Jahren festgestellt.

5.) Bei den verschiedenen Formen der Syringomyelie ergab sich aus dem Erkrankungsalter eine Altersdisposition mit einem Durchschnitt von 36 Jahren. 20 % der bulbären und cervicalen Formen wiesen atlanto-occipitale Übergangsmissbildungen auf.

VII. LITERATUR

Becker, K.: Neuroradiologische Untersuchungen bei der Syringomyelie. Diss. 1961

Bremer, F.W.: Klinische Untersuchungen zur Ätiologie der Syringomyelie. "Status dysraphicus". Dr.Z. Nervenheilk. 95, 1-103 (1926)

Brocher, J.W.E.: Die Occipito-Cervical-Gegend. (Stuttgart 1955)

Bull, J.W.D., W.K.B. NIXON and R.T.C. PRATT: The radiological criteria and familial occurence of primary basilar impression. Brain, 78, 229-247 (1955).

Decker, K., H. FISCHGOLD, H.HACKER u. J.METZGER: Entwicklungsstörungen am atlanto-okzipitalen Übergang. Fortschr.Geb.Röntgenstr.Nuclerarmed. 84, 47-57 (1956)

Erbslöh, F.: Dysraphie, Status dysraphicus u. Syringomyelie-kompl. Differentialdiagnose neurologischer Krankheitsbilder. (Stuttgart 1959).

LEBENSLAUF

Ich, Armin Thumlert, wurde am 21.11.1935 zu Stuttgart geboren als Sohn des Oberpostinspektors Adolf Thumlert und dessen Ehefrau Berta, geb. Gminder.

In meiner Heimatstadt in Vaihingen-Enz besuchte ich Volksschule und Progymnasium, in Ludwigsburg beendete ich die Schulzeit mit der Reifeprüfung am 2.März 1955 am Mörike Gymnasium.

Das vorklinische Studium begann ich im Sommersemester 1955 in München und beendete es mit dem Physikum im Sommersemester 1957.

Während der klinischen Semester studierte ich in München, ein Semester in Tübingen und legte mein Staatsexamen 1961 in München ab.